

Muschalla, B., & Linden, M. (2019). Indikation zur stationären medizinischen Rehabilitation bei Hausarztpatienten mit chronischen psychischen Erkrankungen und Teilhabebeeinträchtigungen. *Die Rehabilitation*, xx, xx-xx.

Indikation zur stationären medizinischen Rehabilitation bei Hausarztpatienten mit chronischen psychischen Erkrankungen und Teilhabebeeinträchtigungen

Beate Muschalla¹, Michael Linden²

¹ Lehrstuhl für Psychotherapie und Diagnostik, Technische Universität Braunschweig

² Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Charité Berlin

39.301 Zeichen mit Leerzeichen (Manuskripttext, Abstracts, Literaturliste und Tabellen)

Interessenkonflikte:

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Förderung:

Diese Untersuchung wurde von der DRV Bund finanziell gefördert: Az.: 8011-106-31/31.51.6.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Beate Muschalla

Technische Universität Braunschweig, Lehrstuhl für Psychotherapie und Diagnostik, Humboldtstraße 33, 38106 Braunschweig

Beate.muschalla@gmx.de

Zusammenfassung

Hintergrund: Psychische Erkrankungen gehen vielfach mit Beeinträchtigungen in der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben einher. Es ergibt sich daraus häufig die Indikation für eine stationäre Rehabilitation. Derartige Patienten werden langfristig vor allem von Hausärzten behandelt, die auch wichtige Vermittler bei der Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme sind. Allerdings weisen die Rentenversicherer darauf hin, dass in vielen Fällen von Erwerbsminderungsrenten vorab keine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde. Es stellt sich die Frage, bei welchen Hausarztpatienten eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird oder durchgeführt werden sollte.

Methode: Eine prototypisch repräsentative Stichprobe von 307 Patienten aus 40 Hausarztpraxen wurde von einem psychosomatischen Konsiliararzt untersucht, einschließlich (Reha-)Behandlungsvorgeschichte, Krankheitsstatus und Teilhabe. Es wurde geprüft, welche Behandlungsoptionen vorliegen und ob aktuell eine Rehaindikation vorliegt. Bei der Hälfte der Patienten wurden die Hausärzte über die Konsilempfehlung informiert und ein halbes Jahr später nachgefragt, ob diese umgesetzt wurden.

Ergebnisse: Bei 64% der Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen war bislang keine psychosomatische Reha erfolgt und auch keine Indikation gegeben. Bei 5.2% wurde bereits einmal eine stationäre psychosomatische Rehabilitation durchgeführt, und jetzt nicht nochmals eine Rehaindikation gestellt. Bei 27% wurde bislang noch keine Rehamaßnahme durchgeführt, wurde jetzt aber konsiliarärztlich erstmals empfohlen. Bei 3.6% war schon einmal eine psychosomatische Reha durchgeführt worden und dennoch vom Konsiliararzt eine Wiederholungsreha als sinnvoll erachtet. Patienten, die bereits einmal in Reha waren sind kränker und haben mehr Fähigkeits- und Teilhabeprobleme. Patienten, bei denen aus Sicht des Konsilarztes erstmalig eine psychosomatische Rehabilitation erwogen werden sollte, haben primär arbeitsbezogene Probleme und nur zu einem geringeren Ausmaß aktuelle psychische und somatische Beeinträchtigungen. Von 35 Patienten, bei denen der Konsiliararzt die

Neubeantragung einer psychosomatischen Rehabilitation empfahl, wurde bei 13 im Verlauf der folgenden sechs Monate ein Antrag gestellt.

Schlussfolgerung: Da Hausärzte eine zentrale Position bei der Betreuung von Langzeitkranken mit Teilhabebeeinträchtigungen haben, sollten Maßnahmen zur Förderung einer MBOR-Orientierung auch bei Hausärzten erfolgen. Dazu gehört auch eine verbesserte und erleichterte Kooperation bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen inklusive einer transparenten Begutachtung.

Schlüsselwörter

Psychische Erkrankungen, Hausarzt, chronische Erkrankungen, Behinderung, Rehabilitation, ICF, Teilhabe

Abstract

Background: Mental disorders often result in social and occupational participation restrictions, which may be an indication for an inpatient psychosomatic rehabilitation treatment. These patients are usually treated by general practitioners, who function as an important gate keeper in the pathway to rehabilitation treatment. The question is which patients receive an inpatient treatment, and which do not.

Method: A prototypically representative sample of 307 patients with chronic mental disorders from 40 general practitioners were examined by a psychosomatic consultant. The investigation included the medical history, treatment status, illness status, capacity status and participation impairment. The psychosomatic consultant gave a recommendation whether an inpatient rehabilitation was indicated or not.

Results: 64% of the patients with chronic mental disorder had not received an inpatient rehabilitation in the past five years and there was no present indication. In 5.2% of cases an inpatient rehabilitation had been done before, but there was no indication for a renewal. In 27% there was no rehabilitation in the past five years but now seen indicated. In 3.6% there was an inpatient rehabilitation in the past and a renewed indication now. Patients who had already been in inpatient rehabilitation in the past five years were more severely ill and had more severe participation problems. Patients with present indication for rehabilitation had acute work-related problems. Capacity and participation impairment was an important factor to discriminate between patients with and without a present indication for an inpatient rehabilitation. In 13 out of 35 patients who got a recommendation for a new psychosomatic rehabilitation, this rehabilitation was initiated within six months after the consult.

Conclusion: General practitioners play a central role in long-term treatment of mental disorders. Rehabilitation orientation, i.e. a participation-oriented treatment perspective, should be encouraged in the primary care setting.

Key words

Mental disorders, primary care, chronic disorders, disability, rehabilitation, ICF, participation

Hintergrund

Die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist nach dem Sozialgesetzbuch IX die Prävention, Behandlung und Kompensation chronischer Krankheiten mit Teilhabestörungen. Dies erfordert die Einbindung vieler Akteure über viele Jahre hin, von selbst zu verantwortendem Gesundheitsverhalten der Betroffenen, über Selbsthilfegruppen, Vertragsärzte, Betrieblichem Gesundheits- und Eingliederungsmanagement bis hin zu ganztägig-ambulant oder vollstationären Rehaaufenthalten [1-7].

Eine wesentliche Säule der professionellen Betreuung chronisch Kranker stellt die ambulante hausärztliche und fachärztliche oder psychotherapeutische Therapie dar. Vor allem Ärzte für Allgemeinmedizin führen die Patienten über Jahre hin und betreuen sie vor allem auch dann weiter, wenn Therapieversuche von Spezialisten zu keiner Vollremission geführt haben. Dazu gehört die supportiv-psychotherapeutische Führung, die Pharmakotherapie, das Case-Management [8] mit Hinzuziehung von Spezialisten, die diagnostische Beobachtung über die Jahre hin mit Erkennung einer drohenden Verschlechterung. Hausärzte unterstützen in einem rehabilitationsmedizinischen Sinn auch die Krankheitsbewältigung der Patienten, koordinieren sozialmedizinische Hilfen, entscheiden über die Arbeitsunfähigkeit und spielen damit auch eine wichtige Rolle bei Rentenverfahren. Sie haben eine Schlüsselfunktion, wenn es um die Indikationsstellung und Beantragung einer stationären Rehabilitation geht und um die Weiterbehandlung nach Abschluss dieser Maßnahmen [9].

Die Betreuung chronisch Kranker durch Hausärzte ist auf Jahre und Jahrzehnte angelegt. Eine stationäre, auf wenige Wochen befristete Aufnahme in eine Rehabilitationsklinik erfolgt nach den geltenden Sozialrechtsnormen bei Behinderungen bzw. chronischen Erkrankungen mit Teilhabeeinschränkungen und muss sich daher in die Langzeitbetreuung einfügen. Ein

stationäres bzw. teilstationäres Behandlungssetting bedeutet die vorübergehende Aufnahme des Patienten in ein sog. „therapeutisches Milieu“ [4,9], d.h. eine vorübergehende Entlastung aus Alltagsanforderungen, intensivierte diagnostische und therapeutische Interventionen, die Möglichkeit, den Patienten unter definierte Belastungsanforderungen zu stellen, und eine komplexe Evaluation als Grundlage für eine fundierte sozialmedizinische Beurteilung ermöglichen.

Es stellt sich die Frage, wann im Verlauf einer Langzeiterkrankung bei welchen Patienten unter welchen Bedingungen eine stationäre medizinische Rehabilitation (ggf. auch mehrfach im Verlauf) initiiert wird. Trotz der primären Rolle der Hausärzte in der Langzeitbetreuung von chronischen Erkrankungen mit Teilhabebeeinträchtigungen gibt es bislang nur erstaunlich wenig empirische Daten darüber, welche rehabilitationsmedizinischen Maßnahmen Hausärzte mit diesen Patienten durchführen oder durchführen können [10,11]. Es fehlen auch Daten dazu, welche dieser Patienten in einer stationären Rehabehandlung waren oder dorthin eingewiesen werden sollten.

Die Forschungsfrage der vorliegenden Untersuchung war daher, welche Merkmale Hausarztpatienten mit chronischen Erkrankungen und Teilhabebeeinträchtigungen aufweisen, die bereits in einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme waren, und bei welchen Patienten eine solche eingeleitet werden sollte¹. Patienten die bislang nicht in stationärer Reha waren und bei denen aktuell keine Reha indiziert erschien (OO) werden verglichen mit Patienten die bereits in der Reha waren, mit (RO) und ohne aktueller Rehaempfehlung (RR), und Patienten ohne Rehaerfahrung aber mit aktueller Rehaindikation (OR).

¹ Die Untersuchung ist Teil eines größeren Projekts, in dem ein rehamedizinisches Konsil zu Behandlungsoptionen bei Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen in einem randomisierten Kontrollgruppendesign evaluiert worden ist [25]. Diese RCT-Untersuchung zeigte, dass Hausärzte bereits ein breites Spektrum an rehabilitationorientierten Behandlungsmaßnahmen bei ihren Patienten durchführen. Ein zusätzliches psychosomatisches Konsil hat die Behandlungsintensität erhöht, jedoch nicht den weiteren Verlauf der chronischen Erkrankungen der Patienten beeinflusst.

Methode

Patientenstichprobe

Es wurden 40 niedergelassene Hausärzte aus Berlin und Umgebung rekrutiert. In den Wartezimmern wurden 2790 unausgelesene Patienten angesprochen, von denen 1902 an einer Screening-Befragung teilnahmen [10]. Von diesen waren 1451 im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 60 Jahren. 569 Patienten erfüllten im Screening [11] die Cut-off Kriterien: sie hatten einen auffälligen Wert WHO-5 Wohlbefindens-Fragebogen [12], litten nach subjektiver Globaleinschätzung an seit mindestens einem halben Jahr andauernden psychischen Beschwerden, und nach dem Index für Teilhabeeinschränkungen IMET [13,10] unter relevanten krankheitsbedingten Teilhabeproblemen. Die Screeninguntersuchung einschließlich detaillierter Instrumentenbeschreibungen ist im Detail andernorts publiziert [11]. Von diesen Patienten stimmten dann 307 der Teilnahme an einer Konsiliarärztlichen Untersuchung (KU) inform einer einmaligen medizinischen Untersuchung mit Befund und Anamnese sowie einem strukturierten Interview [15] zu.

Diese waren zu 70.4% Frauen, der Altersdurchschnitt lag bei 43.24 ($SD=10.8$) Jahren. 48.2% waren verheiratet oder in fester Partnerschaft, 65.5% hatten einen Arbeitsplatz, 38.4% hatten Arbeitsplatzprobleme, 28% waren zum Untersuchungszeitpunkt arbeitsunfähig. 9.4% bezogen eine Erwerbsminderungsrente. Die Patienten waren im Durchschnitt 7 ($SD=7.2$) Jahre Patient in der jeweiligen Praxis, 5.7 ($SD=5.4$) Jahre beim gegenwärtigen Praxisinhaber. In den letzten sechs Monaten hatten sie 7 Mal die Praxis besucht ($SD=12.5$). Im MINI erfüllten die Patienten durchschnittlich die Kriterien von 2.31 ($SD=1.8$) Diagnosen. Mit diesen Charakteristika ähneln die hier untersuchten Patienten typischen psychosomatischen Rehabilitations-Patienten, wenngleich sie geringfügig jünger sind als der Altersdurchschnitt von 47-49 Jahren in stationärer Reha [14].

Konsiliarärztliche Untersuchung (KU)

Die 307 Patienten wurden persönlich von einem Projektarzt untersucht, der hauptberuflich seit Jahren in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik arbeitete. Er führte das Mini International Neuropsychiatric Interview MINI [15] durch, ein international evaluiertes strukturiertes diagnostisches Interview zur Erfassung der meisten psychischen Erkrankungen der Achse-I gemäß DSM und ICD-10. Dieses war erweitert um das halbstrukturierte Arbeits-Angst-Interview [16] zur Erfassung arbeitsphobischer Ängste [16,17].

Eine Beschreibung und Quantifizierung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen erfolgte mit dem Mini-ICF-APP [18,19], einem internationalen Fremdbeurteilungsinstrument, das auch in Gutachterleitlinien empfohlen wird [20-23].

Die somatische Erkrankungsschwere und Beeinträchtigungsschwere wurde vom Projektarzt mit dem Burvill-Multimorbiditätsrating [24] eingestuft. Für die Auswertung wurde ein Mittelwert über alle Organbereiche hinweg getrennt für chronische und akute Beschwerden, und Beeinträchtigungen in privaten und beruflichen Alltagsaktivitäten berechnet.

Die Behandlungsvorgeschichte wurde mit der „Reha-Checkliste“ erfasst (TOPP Checklist, 25]), die 76 Items umfasste und alle diagnostischen und therapeutischen Aktivitäten enthielt, die im Sinne einer rehabilitationsmedizinischen Behandlung ambulant oder stationär zur Anwendung kommen. Bei der Zusammenstellung der Rehamaßnahmen für die Checkliste war zurückgegriffen worden auf Erfahrungen aus vorangegangenen versorgungsepidemiologischen Projekten und Therapie-Studien in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten [1,8], sowie einem Projekt zum betrieblichen Eingliederungsmanagement [11]. Der Checklistenstellung [25] lag zudem eine Literatursichtung zugrunde, um Hinweise auf rehabilitationsrelevante Tätigkeiten niedergelassener Ärzte zu finden. Es war außerdem recherchiert worden, welche Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen eines stationären Rehaaufenthalts zur Anwendung kommen und geprüft, was davon ggfls. auch unter ambulanten Bedingungen anwendbar ist [4].

In diesem Rahmen wurde auch erfragt, ob innerhalb der letzten fünf Jahre bereits einmal eine (teil)stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung erfolgt war, und ob aktuell eine solche eingeleitet/beantragt ist, d.h. ein Rehaantrag gestellt worden ist, der sich aktuell in Bearbeitung befindet.

Die Patienten selbst füllten die Arbeitsplatzphobieskala [16] aus, die mit 13 Items kognitive, emotionale, verhaltensbezogene (Vermeidung) sowie physiologische Aspekte phobischer arbeitsplatzbezogener Angst erfasst.

Auf der Basis aller verfügbaren Informationen aus der konsiliarärztlichen Untersuchung, die in der Checkliste festgehalten wurden, wurde dann vom Konsilarzt jeweils eine Rehaempfehlung abgegeben. Dazu gehörte auch die Frage, ob bei diesem Patienten sinnvollerweise ein Antrag für eine medizinische Rehabilitation gestellt werden sollte. Die Evaluation und die therapeutischen Schlussfolgerungen wurden durch den Projektleiter (M.L.) im Rahmen wöchentlicher Fall- und Berichtssupervisionen mit dem Konsilarzt gegengeprüft. Die Patienten wurden danach randomisiert einer Konsil- und einer Kontrollgruppe zugewiesen. In der Interventionsgruppe wurde der behandelnde Hausarzt über die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen des psychosomatischen Konsiliararztes informiert, wozu ggfls. auch die Indikation für die Einleitung einer stationären psychosomatischen Rehamaßnahme gehörte. In der Kontrollgruppe wurde das Konsilergebnis nur notiert, aber nicht kommuniziert.

Die Indikation für die Einleitung einer stationären Rehamaßnahme hängt im Einzelfall von vielen Parametern ab. Hierzu zählen versicherungsrechtliche Voraussetzungen, Vorbehandlungen, der aktuelle Krankheitsstatus, der bisherige Krankheitsverlauf, die Rehafähigkeit, der Arbeitsstatus, die Erwerbsprognose, die subjektive Bereitschaft, die Lebenssituation des Patienten u.v.m. Die Feststellung der Indikation für eine Rehamaßnahme verlangt daher die Zusammenschau vieler und sehr unterschiedlicher Aspekte, was nur nach klinischer Urteilsbildung möglich ist. Dies kann Fragen der Reliabilität der Rehaempfehlung aufwerfen, was aber

durch einen Gewinn an klinischer Validität aufgewogen wird. Eine Einzelfallentscheidung auf der Grundlage standardisierter Algorithmen ist im Einzelfall nicht machbar und würde auch den klinischen Gegebenheiten nicht entsprechen.

Ergebnisse

Häufigkeit bisheriger und aktuell indizierter stationärer Rehamaßnahmen

Bei 64.2% der 307 Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen war bislang keine psychosomatische Reha erfolgt und nach Einschätzung des psychosomatischen Konsiliararztes auch aktuell keine Indikation für die Einleitung einer derartigen Maßnahme gegeben (OO: ohne bisherige Reha und ohne Rehaempfehlung, Tab. 1). Bei 5.2% wurde bereits einmal eine stationäre psychosomatische Rehabilitation durchgeführt, und jetzt nicht nochmals eine Rehaindikation gestellt (RO: Reha in der Vorgeschichte, ohne Rehaempfehlung). Bei 27% wurde bislang noch keine Rehamaßnahme durchgeführt, jetzt aber erstmals empfohlen (OR: bislang ohne Reha, jetzt Reha empfohlen). Bei 3.6% war schon einmal eine psychosomatische Reha durchgeführt worden. Dennoch wurde jetzt vom Konsiliararzt eine Wiederholungsreha als sinnvoll erachtet (RR: Reha in der Vorgeschichte und Reha neu empfohlen). Anders ausgedrückt, waren bislang 8.8% der Patienten schon einmal in stationärer Rehabilitation. Insgesamt wurde bei 30.6% aus konsiliarärztlicher Sicht ein Antrag auf Einleitung einer stationären psychosomatischen Rehabilitation aktuell als sinnvoll erachtet, wobei bei 16.3%, also gut der Hälfte bereits ein Rehaantrag seitens der Hausärzte gestellt, aber bislang nicht beschieden und eingeleitet worden war.

Vergleich von Patienten mit und ohne Reha(empfehlung)

Tab. 1 und 2 zeigen, dass Patienten, die bereits in stationärer Reha waren (RO, RR), sich bedeutsam von Patienten unterscheiden, die bislang noch keine stationäre Reha hatten (OO, OR): Reha-Erfahrene sind älter, haben mehr Kontakte zu weiteren Behandlern (neben dem

Hausarzt), sind häufiger in psychiatrischer und psychotherapeutischer ambulanter Behandlung, haben laut diagnostischen Interview (MINI) mehr psychische Diagnosen, leiden unter mehr akuten wie chronischen somatischen Erkrankungen, haben mehr Fähigkeitsbeeinträchtigungen und sind stärker krankheitsbedingt privat wie beruflich in der Teilhabe beeinträchtigt. Sie waren jedoch aktuell in ähnlichem Umfang arbeitsunfähig oder ohne Arbeitsplatz wie Patienten, die noch nicht in Reha waren und keine Rehaempfehlung bekamen (OO).

Von Patienten die noch nicht in Reha waren, erhielten diejenigen eine Rehaempfehlung (OR), die Psychopharmaka einnahmen, im Durchschnitt etwas älter waren (46 Jahre), stärkere krankheitsbedingte Beeinträchtigungen hatten (Burvill, IMET, Mini-ICF-APP), höhere Arbeitsangst und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten, und die ihre Gesundheitsprobleme stärker auf die Arbeit attribuierten. Sie unterschieden sich nicht hinsichtlich stationärer und ambulanter psychotherapeutischer Vorbehandlungen von Patienten die keine Rehaempfehlung (OO) erhielten.

Patienten mit Rehaempfehlung ohne bisherige Reha (OR) unterschieden sich von denen, die bereits in Reha waren und keine neue Empfehlung bekamen (RO) dadurch, dass sie weniger sonstige Behandlerkontakte hatten, weniger in psychiatrischer und psychotherapeutischer Mitbehandlung waren, weniger akute und chronische somatische Zusatzerkrankungen hatten und nach Mini-ICF-APP weniger fähigkeitsbeeinträchtigt waren.

Die Empfehlung zu einer erneuten stationären Reha (RR) lässt keinen systematischen Unterschied erkennen im Vergleich zu bereits Reha-bedachten Patienten (RO), mit Ausnahme einer Tendenz zu einer geringeren Zahl an psychischen Diagnosen.

Rehaanträge bei Patienten mit Reha-Indikation oder -Empfehlung

In 94 Fällen (OR, RR) wurde vom Konsiliarzt zum Untersuchungszeitpunkt eine stationäre medizinische Rehabilitation als indiziert erachtet. Davon war bei 49 Patienten bereits zum

Zeitpunkt der KU vom Hausarzt ein Rehaantrag gestellt worden. Bei 23 der 45 Fälle² mit neu gestellter Rehaindikation wurde eine Fallbesprechung des Konsiliarztes mit dem Hausarzt durchgeführt, inklusive einer etwaigen Empfehlung zur Rehabeantragung. Der Hausarzt sollte kommentieren, ob die Reha nicht machbar, nicht sinnvoll, machbar aber zu aufwändig, oder machbar und einzuleiten ist. In einem dieser 23 kommentierten Fälle wurde die medizinische Reha vom Hausarzt nicht für sinnvoll gehalten, in den anderen 22 Fällen wurde vom Hausarzt bestätigt, dass ein Antrag machbar ist, eingeleitet ist oder werden wird.

Vergleicht man ein halbes Jahr nach der KU Patienten mit aktueller Rehaindikation (OR, RR) bei denen tatsächlich eine Reha beantragt worden ist mit Rehaindikations-Patienten, die ohne Reha(beantragung) blieben, so hatten Patienten mit Rehaantrag zum KU-Zeitpunkt tendenziell stärker ausgeprägte Arbeitsangst ($M_R=1.73$ ($SD=1.14$), $n=24$, $M_{OR}=1.18$ ($SD=1.07$), $n=43$, $p=.055$). Es gibt jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede in anderen krankheitsbezogenen Merkmalen (Arbeitsunfähigkeitsdauer, Fähigkeits- und Teilhabebeeinträchtigungen, Anzahl der Diagnosen im MINI) oder soziodemografischen Merkmalen (Haushaltsmitglieder, Alter, Anzahl der Behandler).

[Tab 1+2 etwa hier]

Bei einem Teil der Patienten, bei denen der Konsiliararzt eine Beantragung einer medizinischen Reha indiziert sah (OR, RR), und von denen Nachbefragungsdaten vorhanden sind, wurde innerhalb der folgenden sechs Monate ein Antrag auf eine Reha gestellt. In der Konsilgruppe wurde bei 13 (37%) von 35 Patienten nach Empfehlung ein Rehaantrag ge-

² Es handelt sich hierbei um die zufällig ausgewählten Fälle, bei denen im Rahmen der randomisierten Interventionsstudie ein Reha-Konsil durchgeführt wurde. Dies bedeutet, dass die Ergebnisse und Rehaempfehlungen, die sich aus der konsiliarärztlichen Untersuchung (KU) ergaben, direkt an den Hausarzt zurückgemeldet wurden. Bei einer Kontrollgruppe erfolgte keine unmittelbare konsiliarische Rückmeldung an den Hausarzt [25].

stellt und in der Kontrollgruppe, ohne konsiliarische Empfehlung, bei 12 (36%) von 33 Patienten. Es gab somit keinen Unterschied in der Rehabeantragungsrate mit oder ohne Konsil ($p=.947$).

Eine Diskriminanzanalyse mit Vergleich OO – OR – RO – RR zeigen, dass vor allem Fähigkeitsbeeinträchtigungen nach dem Mini-ICF-APP und dementsprechende krankheitsbedingte Beeinträchtigungen nach IMET, berufliche wie private Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach der Burvill-Skala entscheidend sind für die Durchführung einer Rehmaßnahme (Tab. 3). Außerdem scheint die speziell arbeitsbezogene Angst und die Tatsache, ob ein GdB vorlag oder nicht einen Teil der Varianz aufzuklären. Von nachrangiger Bedeutung sind Krankheits- und Behandlungsaspekte wie Psychopharmaka-Einnahme, die Diagnosen-Anzahl im Forschungsinterview (MINI), die Multimorbidität und die Dauer einer ambulanten Psychotherapie.

[Tab 3 etwa hier]

Diskussion

Patienten, die bereits einmal in Reha waren (RO, RR), sind im Vergleich zu solchen ohne bisherige Reha dadurch gekennzeichnet, dass sie kränker sind, mehr Fähigkeits- und Teilhabe-probleme haben und insgesamt bereits verschiedenste Behandlungen erfahren haben. Sie haben mehr psychiatrische, psychotherapeutische und sonstige Behandler, nehmen häufiger Psychopharmaka, haben mehr somatische Krankheiten, stärkere Fähigkeits- und Teilhabebeeinträchtigungen (Mini-ICF-APP, IMET) und haben häufiger einen GdB. Es ist plausibel anzunehmen, dass bei kränkeren Patienten mehr und verschiedenste Behandlungen stattfinden, wozu eben auch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme gehört [26].

Allerdings konnte damit offenbar keine umfassende Remission der chronischen Erkrankung erreicht werden, da die Patienten auch aktuell noch deutlich psychisch belastet und in der Teilhabe eingeschränkt sind. Diesen Befund einer lediglich vorübergehenden Entlastung nach der Reha und späterem Wiederanstieg des krankheitsbedingten Symptomerlebens ist auch aus Verlaufsuntersuchungen von Patienten nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation bekannt [27].

Patienten, bei denen aus Sicht des Konsilarztes erstmalig eine psychosomatische Rehabilitation erwogen werden sollte, was bislang durch die Hausärzte noch nicht eingeleitet wurde (OR), haben primär arbeitsbezogene Probleme und nur zu einem geringeren Ausmaß aktuelle psychische und somatische Beeinträchtigungen. Dazu gehört stärkere Arbeitsangst, stärkere Attribution der Krankheit auf die Arbeit, längere Arbeitsunfähigkeitszeiten. Dies bedeutet, dass sie hinsichtlich des Arbeits- und Teilhabeaspekts aktuell beeinträchtigt sind. Allerdings waren sie auch älter und hatten mehr somatische Beeinträchtigungen und eine insgesamt reduzierte Leistungsfähigkeit. Durch Krankheit bedingte Arbeitsprobleme sind nach der Aufgabenstellung der Renten- und Arbeitslosenversicherung eine primäre Indikation für die Einleitung einer stationären Reha, so dass die Empfehlung des Konsilarztes nachvollziehbar und plausibel ist [4]. Die Frage ist, warum dies nicht bereits durch die Hausärzte in die Wege geleitet wurde. Wurden sie gefragt, ob sie die Empfehlung zu einer medizinischen Rehabilitation sinnvoll fanden, hatten die Hausärzte in der vorliegenden Untersuchung zustimmend reagiert. Eine Hypothese ist, dass die Hausärzte in Fällen eines höheren Alters der Patienten, der somatischen Komorbidität und des allgemein reduzierten Leistungsniveaus nur eine begrenzte Prognose sahen. Es könnte auch sein, dass sie entsprechend ihrem ärztlichen Auftrag zunächst einmal krankheitsorientiert sind und weniger teilhabe- oder arbeitsorientiert. Auch möglich ist, dass Patienten die Beantragung einer stationären Rehamaßnahme ablehnten, bspw. aufgrund von Vermeidungsverhalten oder Befürchtungen (die ggf. vor einer Reha ausgeprägter sein mögen als bei Patienten die eine Reha bereits absolvieren [28]).

Bei etwa einem Drittel der Patienten wurde durch den Konsiliararzt eine stationäre psychosomatische Rehabilitation empfohlen, wobei aber zu berücksichtigen ist, dass davon bereits bei etwa der Hälfte durch die Hausärzte ein Antrag gestellt wurde. Die Hausärzte sehen also durchaus die therapeutischen Möglichkeiten, die eine stationäre Reha Maßnahme bietet. Das Verwaltungsverfahren und die Antrags- und Antrittszeiten erlauben aber nur bedingt eine therapeutisch fokussierte Intervention. Das Rehakonsil hatte keinen Effekt auf die Einleitung einer medizinischen Rehabilitation.

Die Daten zeigen auch, dass bei zwei Drittel der Patienten weder bislang noch aktuell (OO, RO) nach Einschätzung des Konsiliararztes eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert ist. Dies ist insofern bemerkenswert, als ausschließlich chronisch psychisch Kranke mit Teilhabebeeinträchtigungen untersucht wurden. Die Schlussfolgerung ist, dass Krankheit und auch chronische Krankheit nicht gleichzusetzen ist mit Arbeits- oder Leistungsfähigkeitsminderung oder der Indikation für eine stationäre Reha. Es gibt Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen, die keine familiären oder Arbeitsplatzprobleme haben und andere, bei denen von einer Rehabilitationsmaßnahme absehbarer Weise kein Effekt im Hinblick auf Teilhabeverbesserung zu erwarten ist. Auch die Ergebnisse der Diskriminanzanalyse sprechen dafür, dass die Fähigkeits- und Teilhabebeeinträchtigungen ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal sind zwischen Patienten mit und ohne stationäre Rehabilitation (Indikation).

Aus den vorliegenden Daten ergeben sich mehrere Schlussfolgerungen. Hausärzte behandeln zu einem wesentlichen Teil chronisch Kranke mit Teilhabebeeinträchtigungen und haben damit unabweisbar einen rehabilitationsmedizinischen Auftrag. Sie haben zudem eine Schlüsselposition hinsichtlich der Einleitung von medizinischen Reha Maßnahmen [29]. Die Charakteristika von Patienten, die in einer stationären Reha waren, erscheinen plausibel. Die Tatsache, dass durch einen fünfwöchigen stationären Rehaaufenthalt keine vollständige Remission ermöglicht wurde, ist geradezu selbstverständlich und zeigt die Bedeutung einer langfristigen

Weiterbetreuung, die wesentlich eine Aufgabe der Hausärzte ist. Die Empfehlungen des Konsilarztes zu einer neu einzuleitenden stationären Reha sind wesentlich durch bestehende Arbeitsprobleme begründet.

Grundsätzlich sprechen die Befunde dafür, dass Initiativen angezeigt sind, um die Hausärzte hinsichtlich einer teilhabe- und arbeitsorientierten sozialmedizinischen Orientierung zu unterstützen, zu sensibilisieren, zu schulen und auch für entsprechende Aktivitäten zu honorieren. Dazu könnten auch Konsilverfahren zählen, wie sie in der vorliegenden Studie durchgeführt wurden. Die Rentenversicherungen haben in den letzten Jahren sehr viel getan, um die Perspektive einer „medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)“ [30] in den Rehabilitationskliniken zu etablieren. In Anerkennung der Tatsache, dass Hausärzte eine zentrale Position bei der Betreuung von Langzeitkranken mit Teilhabebeeinträchtigungen haben, müssten ähnliche Anstrengungen zur Förderung einer MBOR-Orientierung auch bei Hausärzten erfolgen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte als Einschränkung der vorliegenden Untersuchung beachtet werden, dass es sich um keine epidemiologische Studie im engeren Sinne handelt, sondern Hausärzte aus einer gut versorgten Großstadtregion eingeschlossen wurden, so dass die Ergebnisse insbesondere zu den Vorbehandlungen andernorts anders ausfallen könnten. Auch sind die Subgruppen der Patienten mit Rehaerfahrung in der Vergangenheit vergleichsweise klein.

Zukünftige Forschung sollte den Aspekt der ärztlichen Urteilsbildung bei Reha-Indikationsentscheidungen (vor allem auch für Wiederholungsreha) vertiefen, d.h. die Kriterien für eine Zuweisung durch den Konsilarzt explizieren, auch in ihrer Gewichtung untereinander und unter Berücksichtigung von ggf. K.O.-Kriterien.

Kernbotschaft

- (Arbeitsbezogene) Fähigkeits- und Teilhabebeeinträchtigungen sind ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zwischen Patienten mit und ohne stationäre Rehabilitation(sindikation).
- Die Perspektive der medizinisch-beruflichen Rehabilitation sollte ins ambulante, d.h. auch das hausärztliche Setting ausgeweitet werden, da hier die primäre Langzeitbehandlung der chronischen Erkrankungen stattfindet.

Förderung

Das Projekt wurde gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund nach § 31 Abs. 1

Satz 1 Nr. 5 SGB VI, Az.: 8011-106-31/31.51.6.

Danksagung

An der Studie mitgearbeitet haben die niedergelassenen Ärzte Drs. Allgaier, Anton, Bonn, Böttcher, Diedrichs, Ditzenbach, Dulce, Ernst, Gärtner, Gierloff, Fahrbach, Farke-Rämer, Halfter-Ziegler, Harde, Höllen, Hung-Wehmann, Janning-Antenbrink, A. Jessen, H. Jessen, Krupka-Bosch, Kugler, Jahn, Linderer, Stein, Musiol, Oblaski, Odenthal, Ploner, Raabe-Stefanovski, Reichenstein, Sachwitz, Sagert, Schmickaly, Schupp, Storm, Vetter, Wagner, Wendland, Wicht, Wittenbrink.

Literatur

1. Linden M. Patientenselbstbestimmung, Compliance und Behandlungserfolg. Prävention und Rehabilitation 2003; 15: 48-57
2. Linden M. Rehabilitation bei Depressionen. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg.). Volkskrankheit Depression. Bestandsaufnahme und Perspektiven, Springer Verlag, Heidelberg 2006a, S. 447-462
3. Linden M. Behandlungspotentiale in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz F. W. (Hrsg.): Volkskrankheit Depression. Bestandsaufnahme und Perspektiven, Springer Verlag, Heidelberg 2006b, S. 423-445
4. Linden M. Die Rolle der stationären „psychosomatischen Rehabilitation“ in der Versorgung psychisch Kranker. In: Schneider F (Hrsg.): Entwicklungen der Psychiatrie. Springer, Heidelberg, 2006c, S. 121–130
5. Linden M. Rehabilitationspsychotherapie. Definition, Aufgaben und Organisationsformen nach ICF und SGB IX. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2009; 84: 137-142
6. Bernert S, Kilian R, Matschinger H, Mory C, Roick C, Angermeyer MC. Die Erfassung der Belastung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. Die deutsche Version des Involvement Evaluation Questionnaires (IEQ-EU Psychiatrische Praxis 2001; 28: 97-101
7. Wilms UU, Wittmund B, Angermeyer MC. Psychische Erkrankungen bei Partnern psychisch Kranker. Verhaltenstherapie & Verhaltensmodifikation 2001; 22, 1-10
8. Klose C, Matteucci-Gothe R, Linden M. Die Vor- und Nachbehandlung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 2006; 45, 359-368

9. Linden M (Hrsg). Das stationäre Setting in der Behandlung psychischer Störungen. Healing Environment und therapeutisches Milieu. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2018
10. Muschalla B, Vilain M, Lawall C, Lewerenz M, Linden M. Participation restrictions at work indicate participation restrictions in other domains of life. *Psychology, Health & Medicine* 2012; 17: 95-104
11. Muschalla B, Keßler U, Schwantes U, Linden M. Rehabilitationsbedarf bei Hausarzt-patienten mit psychischen Störungen. *Die Rehabilitation* 2013; 52: 251-256
12. WHO. WHO Fünf. Fragebogen zum Wohlbefinden. WHO Collaborating Center for Mental Health, Psychiatric Research Unit, Frederiksborg General Hospital, Denmark, 1998
13. Deck R, Walther AL, Staupendahl A, Katalinic A. Limitations of social participation in general population – normative data of the IMET based on a population-based survey in northern Germany. *Die Rehabilitation* 2015; 54: 402–408
14. DRV. Qualitätsbericht Rehasentrum Seehof 2010. Teltow/Berlin: DRV Bund, 2010
15. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan H, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview: the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59: 22–33
16. Muschalla B, Linden M. Workplace Phobia – A first explorative study on its relation to established anxiety disorders, sick leave, and work-directed treatment. *Psychology, Health & Medicine* 2009; 14: 591-605
17. Haines J, Williams CL, Carson JM. Workplace Phobia: Psychological and psycho-physiological Mechanisms. *International Journal of Stress Management* 2002; 9: 129–145

18. Linden M, Baron S, Muschalla B. Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Göttingen: Hans Huber, 2009
19. Linden M, Baron S, Muschalla B, Ostholt-Corsten M. Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Göttingen: Hogrefe, 2015
20. Balestrieri M, Isola M, Bonn R, Tam T, Vio A, Linden M, Maso E. Validation of the Italian version of Mini-ICF-APP, a short instrument for rating activity and participation restrictions in psychiatric disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2012; 22: 81–91
21. Molodynski A, Linden M, Juckel G, Yeeles K, Anderson C, Vazquez-Montes M, Burns T. The reliability, validity, and applicability of an English language version of the Mini-ICF-APP. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2013; 48: 1347–1354
22. DRV. Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012
23. SGPP. Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie, 2012
24. Burvill PW, Mowry B, Hall WD. Quantification of physical illness in psychiatric research in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1990, 5: 161-170
25. Linden M, Muschalla B, Noack N, Heintze C, Döpfmer S. Treatment Changes in General Practice Patients with Chronic Mental Disorders following a Psychiatric-Psychosomatic Consultation. *Health Services Research and Managerial Epidemiology* 2018; 5: 1-6

26. Beutel ME, Hoeflich A, Kurth R, Brosig B, Gieler U, Leweke F, Milch WE, Reimer C. Short-term and long-term inpatient psychotherapy – indications, results, predictions. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2005; 51: 145-162
27. Muschalla B, Linden M. Specific job-anxiety in comparison to general psychosomatic symptoms at admission, discharge and six months after psychosomatic inpatient treatment. *Psychopathology* 2012; 45: 167-173
28. Heyduck K, Glattacker M, Meffert C. Rehabilitation aus Patientensicht – Eine qualitative Analyse der subjektiven Behandlungskonzepte von Patienten in der stationären orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 2011; 50: 232-243
29. Gensichen J, Beyer M, Schwäbe N, Gerlach FM. Hausärztliche Begleitung von Patienten mit Depression durch Case-Management. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2004, 80: 507-511
30. Bethge M. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 2017; 56: 14-21

Tab. 1 Soziodemographie und Vorbehandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen in Abhängigkeit von Indikationsstellung für stationäre psychosomatisch/psychotherapeutische Rehabilitation (N=307).

	Patienten die keine stat. Reha hatten und ohne aktuel- le Reha- Empfehlung (OO) n=197 (64.2%)	Patienten die keine stat. Reha hatten und mit aktuel- ler Reha- Empfehlung (OR) n=83 (27.0%)	Patienten die stat. Reha hatten, ohne noch- malige Reha- Empfehlung (RO) n=16 (5.2%)	Patienten die stat. Reha hatten, und mit ak- tueller Reha- Empfehlung (RR) n=11 (3.6%)	Significance of differ- ences <i>P</i> mit Bonfer- roni- Korrektur
Soziodemographie und Vorbehand- lung					
Geschlecht männlich	32%	23%	31%	27%	.456
Alter in Jahren	41.38 (11.5)	46.05 (9.0)	48.50 (5.9)	47.82 (7.8)	.001 OO-OR .005 OO-RO .058
Personen im Haus- halt	2.04 (1.1)	2.10 (1.1)	1.63 (0.8)	1.73 (0.8)	.336
Patient in dieser Hausarztpraxis seit x Jahren	6.84 (7.1)	7.16 (7.01)	7.69 (8.2)	9.18 (8.8)	.733
Summe der Kontak- te zu anderen Be- handlern	9.68 (10.8)	11.14 (11.2)	19.88 (20.4)	18.27 (17.9)	.002 OO-RO .006 OR-RO .044
Stat. psychiatrische Vorbehandlung akut (Wochen innerhalb der letzten 5 Jahre)	1.54 (6.1)	2.12 (9.1)	0.81 (2.5)	1.64 (3.7)	.878
Andere akute Vorbe- handlungen (Wochen innerhalb der letzten 5 Jahre)	0.46 (3.6)	0.19 (0.7)	0.06 (0.25)	0.18 (0.6)	.877
Regelmäßige ambu- lante psychiatrische Behandlung seit x Monaten (mind. 1 mal pro Quartal)	5.69 (23.4)	8.65 (34.0)	47.06 (92.9)	23.18 (41.6)	.000 OO-RO .000 RO-OR .000
Regelmäßige ambu- lante psychothera- peutische Behand- lung seit x Monaten (mind. 1 mal pro Quartal)	5.79 (16.0)	4.41 (10.2)	14.69 (20.2)	11.45 (14.3)	.049 OR-RO .071
Regelmäßige Ein-	11.0%	16.8%	6.25%	9.09%	.484

nahme von Schmerzmitteln					
Einnahme von Psychopharmaka	37.8%	62.7%	50.0%	54.6%	.042
Einnahme somato- medizinischer Medi- kamente (ohne Psychopharmaka)	68.0%	69.9%	75.0%	72.7%	OO-OR .030 .929

Tab. 2 Symptomatik und Beeinträchtigungen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen in Abhängigkeit von Indikationsstellung für stationäre psychosomatisch/psychotherapeutische Rehabilitation (N=307).

	Patienten die keine stat. Reha hatten und ohne aktu- elle Reha- Empfehlung (OO) n=197 (64.2%)	Patienten die keine stat. Reha hatten und mit aktuel- ler Reha- Empfehlung (OR) n=83 (27.0%)	Patienten die stat. Reha hat- ten, ohne nochmalige Reha- Empfehlung (RO) n=16 (5.2%)	Patienten die stat. Reha hat- ten, und mit aktueller Reha- Empfehlung (RR) n=11 (3.6%)	Significance of differences <i>P</i> mit Bonfer- roni- Korrektur
Symptomatik und Be- einträchtigungen					
Schwere der somatischen Multimorbidität akut (Burvill Fremdrating, 0- 3)	0.39 (0.3)	0.45 (0.5)	0.76 (0.7)	0.62 (0.6)	.004 OO-RO .005 OR-RO .041
Schwere der somatischen Multimorbidität chro- nisch (Burvill Fremd- rating, 0-3)	0.61 (0.5)	0.76 (0.6)	1.15 (0.8)	0.81 (0.8)	.001 OO-RO .001 OR-RO .072
Beeinträchtigungen in Alltagsaktivitäten privat (somatische Dimensio- nen der Burvill-Skala, 0- 3)	0.31 (0.3)	0.45 (0.3)	0.49 (0.3)	0.34 (0.3)	.001 OO-OR .001
Beeinträchtigungen in Alltagsaktivitäten beruf- lich (somatische Dimen- sionen der Burvill-Skala, 0-3)	0.26 (0.3)	0.43 (0.3)	0.46 (0.3)	0.35 (0.3)	.000 OO-OR .000 OO-RO .052
Anzahl der Diagnosen im MINI Interview für psychische Störungen	2.12 (1.8)	2.48 (1.5)	3.94 (1.9)	2.09 (1.4)	.001 OO-RO .000 OR-RO .014 RO-RR .043
Krankheitsbedingte Be- einträchtigung psychi- scher Fähigkeiten (Mini- ICF-APP Fremdrating, 0-4)	0.61 (0.5)	0.78 (0.5)	1.09 (0.4)	1.00 (0.6)	.000 OO-OR .037 OO-RO .001 OO-RR .084
Krankheitsbedingte selbsterlebte Beeinträch- tigungen in Alltagsakti- vitäten (IMET Selbstrating, 0-10)	3.24 (1.5)	4.04 (1.6)	4.69 (1.4)	4.25 (1.6)	.000 OO-OR .001 OO-RO .002
Arbeitsangst (Ar- beitsplatzphobie- Selbstrating, 0-4)	0.92 (0.9)	1.43 (1.2)	1.46 (1.5)	1.43 (1.0)	.007 OO-OR .019

Arbeitsplatzphobie-Diagnose	7%	14%	19%	18%	.216
Attribution von Gesundheitsbeschwerden auf die Arbeit (“Meine Gesundheitsprobleme sind zu x% durch die Arbeit bedingt)	25.00 (30.9)	39.60 (35.2)	32.19 (34.9)	45.00 (29.8)	.004 OO-OR .006
Aktuell ohne Arbeitsplatz	34%	37%	37%	27%	.874
Arbeitsunfähig in den letzten 12 Monaten für x Wochen	6.82 (12.3)	14.43 (17.9)	9.41 (14.8)	12.27 (16.2)	.001 OO-OR .000
Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor	9%	10%	6%	27%	.220
Grad der Behinderung liegt vor	0.18 (0.4)	0.23 (0.4)	0.44 (0.5)	0.45 (0.5)	.017 OO-RO .087

Tab. 3 Diskriminanzanalyse: Anteil der Merkmale an der Varianzaufklärung der Gruppenzugehörigkeit (OO–OR–RO–RR).

	Diskriminanz- funktion 1	Diskriminanz- funktion 2	Diskriminanz- funktion 3
Eigenwert	.317	.162	.065
% der Varianz	58.3%	29.7%	11.9%
Kumulative Varianzaufklärung %	58.3%	88.1%	100%
Kanonische Korrelation	.491	.373	.247
Diskriminanzvariablen			
Krankheitsbedingte selbsterlebte Beeinträchtigungen in Alltagsaktivitäten (IMET Selbstrating, 0-10)	.603*	-.116	.079
Krankheitsbedingte Beeinträchtigung psychischer Fähigkeiten (Mini-ICF-APP Fremdrating, 0-4)	.517*	.023	.084
Beeinträchtigungen in Alltagsaktivitäten beruflich (somatische Dimensionen Burvill Fremdrating)	.505*	-.392	.205
Alter in Jahren	.472*	-.078	-.014
Arbeitsunfähig in den letzten 12 Monaten für x Wochen	.435*	-.319	-.242
Summe der Kontakte zu anderen Behandlern	.425*	.237	.025
Beeinträchtigungen in Alltagsaktivitäten privat (somatische Dimensionen Burvill Fremdrating)	.403*	-.379	.296
Arbeitsangst (Arbeitsplatzphobie- Selbstratingskala)	.380*	-.108	.008
Grad der Behinderung liegt vor	.341*	.176	.110
Regelmäßige ambulante psychiatrische Behandlung seit x Monaten (mind. 1 mal pro Quartal)	.331*	.318	.101
Somatische Multimorbidität akut (Burvill Fremdrating)	.329*	.193	.005
Attribution von Gesundheitsbeschwerden auf die Arbeit ("Meine Gesundheitsprobleme sind zu x% durch die Arbeit bedingt)	.324*	-.196	-.160
Einnahme von Psychopharmaka	.237	-.332*	.194
Regelmäßige ambulante psychotherapeutische Behandlung seit x Monaten (mind. 1 mal pro Quartal)	.235	.268*	.008
Anzahl der Diagnosen im MINI Interview für psychische Störungen	.311	.006	.682*
Somatische Multimorbidität chronisch (Burvill Fremdrating)	.346	.067	.364*

Anmerkungen: Wilks Lambda (Funktionen 1-3) =.614, $X^2=122.04$, df(44), Sig. <.001. Wilks Lambda (Funktionen 2-3) =.808, $X^2=53.18$, df(30), Sig.=.006. Wilks Lambda (Funktionen 3) = .939, $X^2=15.70$, df(14), Sig.=.332.